



УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом № 214 от 20 апреля 2011 г.

Генеральным директором

ОАО «ГСК «Югория»

ПРАВИЛА добровольного медицинского страхования

(номер по классификатору 78, редакция 3)

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	3
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	3
4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ	4
6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ.....	5
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	8
8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	8
9. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА	9
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ	9
11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	11
12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	12
13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	12
14. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ	13

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ	14
-----------------------------------	----

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. По Правилам добровольного медицинского страхования (3 ред.) (далее – Правила) Открытое акционерное общество «Государственная страховая компания «Югория» (далее по тексту – ОАО «ГСК «Югория»), именуемое в дальнейшем "Страховщик", заключает Договоры добровольного медицинского страхования (далее - Договоры страхования), на основании которых организует предоставление и оплату медицинских, а также иных услуг по Программам ДМС, сформированным из видов медицинской помощи, прилагаемых к настоящим Правилам (Приложение №1 к настоящим Правилам страхования).

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. По настоящим Правилам в качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный, Медицинское учреждение.

2.2. Страховщик - страховая организация ОАО «ГСК «Югория», место нахождения – РФ, ХМАО, г.Ханты-Мансийск, ул. Комсомольская 61, которая вправе осуществлять страховую деятельность в соответствии с разрешением (лицензией), выданным федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

2.3. На условиях настоящих Правил могут быть заключены Договоры медицинского страхования со Страхователями, которыми могут выступать:

2.3.1. дееспособные граждане, заключающие Договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем - Застрахованные). Если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами;

2.3.2. юридические лица любой организационно-правовой формы, заключающие Договоры страхования в пользу третьих лиц (в дальнейшем - Застрахованные).

2.4. Застрахованный – дееспособное физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования.

2.5. Медицинские учреждения - лечебно–профилактические учреждения, научно–исследовательские и медицинские институты, оказывающие медицинскую помощь и другие учреждения, имеющие соответствующие лицензии, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

2.6. Сервисная компания - специализированная организация, указанная в Договоре страхования, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

2.7. Постоянное место жительства – место, где Страхователь (Застрахованный) постоянно или преимущественно проживает (ст. 20 ГК РФ).

2.8. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения Договора страхования:

2.8.1. являются инвалидами 1 группы по любому заболеванию;

2.8.2. больны синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) или являются носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

2.8.3. состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах;

2.8.4. госпитализированы.

2.9. Все права и обязанности по Договору страхования детей в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют в соответствии с действующим законодательством их законные представители.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оказанием ему медицинских и иных услуг (мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость) при возникновении страхового случая.

3.2. По Договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, в медицинских учреждениях, указанных в Программе добровольного медицинского страхования, содержащей перечень видов медицинской помощи либо непосредственно указанных в направлении Страховщика на получение Застрахованным необходимой медицинской и иной помощи.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

По Договору страхования, заключаемому на условиях настоящих Правил, подлежит страхованию риск обращения Застрахованного в течение срока действия Договора страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования за получением диагностической, консультативной, лечебной, реабилитационной и иной помощи.

4.2. **Страховым случаем** является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному при обращении в медицинское и иное учреждения, имеющие соответствующие лицензии.

4.2.1. В Договоре страхования, заключаемом на условиях настоящих Правил, в качестве страхового случая может указываться:

4.2.1.1. обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования, за получением диагностической, консультативной, лечебной, реабилитационной и иной помощи.

4.2.1.2. обращение Застрахованного в течение срока действия Договора за получением медицинской и иной помощи в соответствии с программой страхования в другие медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования, если это обращение организовано или согласовано со Страховщиком.

4.3. В Договоре страхования может указываться формулировка одного или двух страховых случаев, предусмотренных подпунктами 4.2.1.1 - 4.2.1.2 настоящих Правил.

4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному при обращении в медицинское учреждение в связи:

4.4.1. с травмой или иным расстройством здоровья, полученным в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного или токсического опьянения;

4.4.2. с травмой или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным умышленного противоправного действия, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.4.3. с покушением на самоубийство;

4.4.4. с умышленным причинением себе телесных повреждений;

4.4.5. с участием Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

4.4.6. с актами терроризма.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная Договором страхования и программой добровольного медицинского страхования, сформированной в соответствии с выбранным перечнем видов медицинской помощи, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование с валютным эквивалентом).

5.2. Перечень медицинских услуг и предельный размер страховой суммы по Договору страхования устанавливается индивидуально по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

5.3. Страховая премия – это плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

Страховая премия, уплачиваемая Страхователем по Договору страхования, устанавливается в зависимости от условий страхования, выбранного Страхователем перечня медицинских услуг, страховой суммы по Договору страхования с применением базовых страховых тарифов (Приложение №2 к настоящим Правилам страхования), срока страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.4. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться периодически в течение срока страхования. Порядок уплаты страховых взносов определяется условиями Договора страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле, наличными деньгами в кассу или представителю Страховщика, а также перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

5.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- в случае уплаты в безналичном порядке - день поступления суммы страховой премии (страхового взноса) на банковский счет Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика);

- в случае уплаты наличными деньгами - день получения суммы страховой премии (страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или внесения суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика.

5.6. В случае неуплаты страховой премии (страховых взносов) в установленный срок, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, направив Страхователю письменное уведомление об отказе. Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страхователем уведомления Страховщика об отказе от настоящего Договора.

5.7. В случае неуплаты страховой премии (страховых взносов) в определенные Договором страхования сроки или уплаты ее в меньшем размере, чем предусмотрено Договором страхования, обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты не распространяется на страховые случаи, произошедшие в период с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (страхового взноса).

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ

6.1. Договор добровольного медицинского страхования – соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление Застрахованному лицу в пределах установленной страховой суммы медицинских, а также иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере.

При заключении Договора добровольного медицинского страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

- 6.1.1. о Застрахованном лице;
- 6.1.2. о численности Застрахованных;
- 6.1.3. о страховом случае;
- 6.1.4. о размере страховой суммы;
- 6.1.5. о размере, сроках и порядке внесения страховой премии;
- 6.1.6. о сроке действия Договора.

6.2. Договор страхования может заключаться путем составления одного документа (пункт 2 статьи 434 ГК РФ) (см. Приложения №№5-1, 5-2, 5-3 к настоящим Правилам страхования) либо путем вручения Страхователю на основании его устного или письменного заявления страхового

полиса, подписанного Страховщиком (см. Приложение №4 к настоящим Правилам страхования).

6.3. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику сведения об обстоятельствах, оговоренных Страховщиком, и обеспечить Страховщику возможность оценить степень риска.

6.3.1. Если Страхователем выступает физическое лицо, в заявлении (Приложение №3-1 к настоящим Правилам страхования) указывается:

6.3.1.1. фамилия, имя, отчество Страхователя;

6.3.1.2. фамилия, имя, отчество лица, в пользу которого заключается Договор страхования (Застрахованного);

6.3.1.3. паспортные данные Страхователя и Застрахованного;

6.3.1.4. возраст Страхователя (Застрахованного) в полных годах на момент подачи заявления о страховании;

6.3.1.5. пол Страхователя (Застрахованного);

6.3.1.6. домашний адрес и телефон;

6.3.1.7. условия страхования (в том числе особые условия);

6.3.1.8. срок страхования;

6.3.1.9. предполагаемый перечень медицинских услуг.

6.3.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в заявлении (Приложение №3-2 к настоящим Правилам страхования) указывается:

6.3.2.1. наименование страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;

6.3.2.2. условия страхования, в т.ч. особые условия;

6.3.2.3. срок страхования;

6.3.2.4. программы добровольного медицинского страхования (перечень видов медицинской помощи);

6.3.2.5. к заявлению прилагается список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса фактического проживания, телефона, пола, даты рождения, программы ДМС.

6.3.3. Перечисленные данные о Страхователе (Застрахованном (ых)) должны быть подтверждены подписью Страхователя. Кроме того, подписью Страхователя должно быть подтверждено соблюдение условий п.2.8. настоящих Правил. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

Если недостоверность данных, сообщенных при заключении Договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления Договора страхования в силу, Страховщик имеет право потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2. ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

6.4. Договоры страхования заключаются без предварительного медицинского освидетельствования, однако Страховщик для оценки страхового риска имеет право предусмотреть в условиях страхования обязательное медицинское освидетельствование и/или анкетирование Застрахованных, на основании результатов которого Страховщиком определяется принадлежность Застрахованного к группам риска, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащих уплате страховых взносов. На основании данных, сообщенных в анкете, или по результатам предварительного медицинского освидетельствования, Застрахованным лицам могут быть установлены следующие группы риска:

1 группа	Практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе простудные заболевания, травмы, аппендицит, грыжу, с умеренной выраженностью вредных привычек, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда, у которых при обследовании впервые выявлено острое или хроническое заболевание легкого течения, требующее консервативного лечения.
2 группа	Лица с повышенным риском наступления осложнения имеющегося заболевания или его неблагоприятного течения, с отягощенной наследственностью по диабету, онкологическим, сердечно-сосудистым, почечным и психическим заболеваниям, перенесшие черепно-мозговые травмы, злоупотребляющие алкоголем и курением, работающие на производстве с особо вредными условиями труда, у которых имеется острое или хроническое заболевание с рецидивирующим течением, не требующее хирургического

	лечения.
3 группа	Больные с рецидивирующими (не менее 2 раз в году) или осложненными заболеваниями (лица трудоспособного возраста, с тяжелыми заболеваниями в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными средствами, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), течение которых носит взаимоотношающийся характер.
4 группа	Больные с травмами, тяжелыми острыми или хроническими заболеваниями, требующими сложных методов обследования или хирургического лечения.

При отказе Застрахованного лица от прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать Застрахованному лицу в принятии на страхование.

6.5. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и/или о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему Законодательству РФ.

6.6. При заключении Договора страхования со Страхователем-физическим лицом оформляется Договор страхования (Приложение №5-1 к настоящим Правилам страхования) или страховой полис, где указывается:

- 6.6.1. фамилия, имя, отчество Страхователя и Застрахованного;
- 6.6.2. паспортные данные Страхователя и Застрахованного;
- 6.6.3. домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного;
- 6.6.4. пол и возраст Застрахованного;
- 6.6.5. условия страхования;
- 6.6.6. программы добровольного медицинского страхования (перечень видов медицинской помощи);

6.6.7. перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи или услуг;

- 6.6.8. срок действия Договора страхования;
- 6.6.9. размер страховой суммы и страховой премии;
- 6.6.10. порядок и форма уплаты страховой премии.

6.7. При заключении Договора страхования со Страхователем-юридическим лицом оформляется Договор страхования (Приложение №5-2, 5-3 к настоящим Правилам страхования), где указывается:

- 6.7.1. наименование, юридический адрес и реквизиты Страхователя;
- 6.7.2. условия страхования;
- 6.7.3. программы добровольного медицинского страхования (перечень видов медицинской помощи);

6.7.4. перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи или услуг;

- 6.7.5. срок действия Договора страхования;
- 6.7.6. количество Застрахованных по каждой программе ДМС;
- 6.7.7. размер страховой суммы и страховой премии;
- 6.7.8. порядок и сроки уплаты страховой премии.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме, в которых указываются фамилия, имя, отчество Застрахованного, пол, год рождения, адрес фактического проживания, телефон, программа ДМС.

В подтверждение факта заключения Договора страхования, Застрахованному(ым) выдаются индивидуальные страховые полисы и/или индивидуальные страховые карточки, содержащие сведения о Застрахованном, номере Договора страхования, страховой сумме, сроке страхования, программе страхования.

6.8. Застрахованный не имеет права передавать индивидуальный страховой полис (индивидуальную страховую карточку) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу вышеуказанные документы с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик имеет право исключить данное лицо из числа Застрахованных в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление. Возврат страховой премии в этом случае производится в порядке, аналогичном предусмотренному в пункте 8.3. В том случае, если Страховщик оплатит медицинские услуги, оказанные лицу, которому Застрахованный передал

свой индивидуальный страховой полис (индивидуальную страховую карточку), Застрахованный обязан возместить Страховщику стоимость таких услуг.

6.9. При утрате Застрахованным страховых документов (индивидуальный страховой полис, индивидуальная страховая карточка и др.), он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. В таком случае Застрахованному выдаются новые документы. При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования, Страховщик имеет право потребовать от Страхователя уплаты платежа в размере фактической стоимости их изготовления.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

Срок действия Договора может определяться путем указания моментов времени и/или календарных дат, которые определяют его начало и окончание, либо путем указания интервала времени и момента, который определяет его начало.

7.2. При страховании на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в зависимости от срока страхования:

<i>Срок страхования (мес.)</i>	<i>Процент от размера годовой страховой премии</i>
1	20
2	30
3	40
4	50
5	60
6	70
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95

7.3. Страхование, обусловленное Договором, распространяется на страховые случаи, наступившие в течение срока действия Договора, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если Договором страхования не предусмотрено иное.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по Договору в случае:

8.1.1. истечения срока действия Договора страхования;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме;

8.1.3. смерти Застрахованного;

8.1.4. по требованию (инициативе) Страховщика;

8.1.5. по требованию (инициативе) Страхователя;

8.1.6. по соглашению сторон;

8.1.7. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;

8.1.8. ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица, в случае, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;

8.1.9. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

О намерении досрочного прекращения Договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга письменно не позднее, чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения.

8.2. При досрочном расторжении Договора по инициативе Страхователя возврат неиспользованной страховой премии производится, если иное не предусмотрено Договором страхования, пропорционально неистекшему сроку страхования исходя из фактически поступившей по Договору страхования суммы страховых взносов за минусом расходов Страховщика.

Если Договор страхования предусматривает оплату страховой премии в рассрочку, то возврат неиспользованной страховой премии производится в отношении оплаченной части суммы страховой премии пропорционально неистекшему сроку оплаченного периода за минусом расходов Страховщика.

8.3. При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страховщика, а также по соглашению Сторон, возврат неиспользованной страховой премии осуществляется в порядке, указанном в п. 10.1.4 настоящих Правил, если иное не установлено Договором страхования.

8.4. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы и/или индивидуальные страховые карточки, действие которых прекращается с момента окончания срока действия Договора страхования, поступления письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия Договора страхования.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно либо в срок, определенный Договором страхования, письменно уведомлять Страховщика о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении или изменении Договора.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной суммы страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.

Дополнительная сумма страховой премии исчисляется Страховщиком путем умножения суммы страховой премии, указанной в Договоре страхования, и поправочного коэффициента, учитывающего увеличение страхового риска. Значение такого коэффициента Страховщик определяет экспертно в пределах, установленных настоящими Правилами, пропорционально времени, оставшемуся до истечения срока действия Договора страхования.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной суммы страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.3. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной пунктом 9.1 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора, в соответствии с действующим законодательством РФ.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

10.1. Права Страхователя по Договору страхования

Страхователь имеет право:

10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

10.1.2. требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в Договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и страховой программой. В случае непредоставления таких медицинских услуг, Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо или сам Застрахованный;

10.1.3. в течение срока действия Договора страхования расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по Договору страхования, расширить перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи, повысить размер страховой суммы, изменить количество Застрахованных или внести другие изменения в условия Договора страхования, не противоречащие действующим

нормативным актам, заключив со Страховщиком дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом, в случае необходимости, дополнительный страховой взнос;

10.1.4. досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При этом Страхователю возвращается часть страховой премии, исчисленной пропорционально неистекшему к моменту досрочного прекращения срока действия Договора страхования за вычетом расходов Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.2. Права Застрахованного по Договору страхования

Застрахованный имеет право:

10.2.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;

10.2.2. сообщить Страховщику о случаях непредставления медицинских услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

10.2.3. воспользоваться правами Страхователя, предусмотренными пунктом 10.1;

10.2.4. принять на себя обязанности Страхователя - юридического лица, предусмотренные пунктами 6.7, 10.4.1. Правил, в случае его ликвидации или Страхователя – физического лица, предусмотренные пунктами 6.6, 10.4.1 Правил, в случае его смерти;

10.2.5. обращаться к Страховщику за разъяснением условий Договора для получения медико-организационной помощи.

10.3. Права Страховщика по Договору страхования:

Страховщик имеет право:

10.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;

10.3.2. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования;

10.3.3. отказать в оплате медицинских услуг в случаях, предусмотренных пунктом 4.4 настоящих Правил;

10.3.4. требовать от Страхователя в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска или сокращения срока действия Договора, а также досрочного расторжения Договора страхования в случае выявления фактов представления недостоверных сведений, влияющих на степень риска (например, возраст Застрахованных). При этом страховые взносы не возвращаются, а Застрахованные обязаны возместить Страховщику понесенные расходы по оплате оказанных медицинских услуг;

10.3.5. досрочно расторгнуть Договор страхования или временно приостановить исполнение обязательств по Договору при невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий Договора с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора;

10.3.6. расторгнуть Договор страхования при неоплате Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в срок, установленный Договором страхования, Страхование не распространяется на страховые случаи, наступившие в период просрочки уплаты страховой премии (взноса);

10.3.7. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного при выявлении у него заболеваний и состояний, исключенных из программы ДМС и/или при которых лечение (в том числе и сопутствующих заболеваний) не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком;

10.3.8. требовать от Застрахованного/Страхователя компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима.

10.4. Обязанности Страхователя по Договору страхования

Страхователь обязан:

10.4.1. своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную Договором страхования страховую премию (страховые взносы);

10.4.2. представить Страховщику необходимые для заключения Договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием Договора страхования;

10.4.3. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию представить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования;

10.4.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования.

10.5. Обязанности Застрахованного по Договору страхования:

Застрахованный обязан:

10.5.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.5.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

10.5.3. пройти медицинское освидетельствование и/или анкетирование, если это предусмотрено условиями Договора страхования;

10.5.4. в максимально короткие сроки сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, а также об изменении персональных данных (фамилии, имени, отчества, места жительства);

10.5.5. представлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

10.6. Обязанности Страховщика по Договору страхования:

Страховщик обязан:

10.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

10.6.2. выдать страховые документы установленной формы;

10.6.3. при наступлении страхового события организовать и профинансировать медицинские и иные услуги в порядке, установленном в Договоре страхования;

10.6.4. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным);

10.6.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и иных медицинских учреждениях, медицинская помощь в которых была организована Страховщиком.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата осуществляется в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, медицинским и иным учреждениям, указанным в этой программе.

11.2. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены Договором страхования, при предъявлении соответствующих документов.

11.3. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Договором страхования в порядке, указанном в программе медицинского страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в страховых документах, либо в специализированную сервисную компанию, обеспечивающую организацию медицинской и иной помощи в соответствии с программой ДМС.

11.4. Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованным, на основании счетов, представленных ему медицинскими и иными учреждениями по предварительно согласованному прейскуранту, в порядке и на условиях, установленных Договором, заключенным между Страховщиком и медицинским или иным учреждением (Приложения №№6-1,6-2, 6-3 к настоящим Правилам страхования); либо возмещает Застрахованному его личные средства, израсходованные на получение медицинской помощи (если таковая организована Страховщиками/или согласована со Страховщиком), при предъявлении Застрахованным оригинальных документов (счет, кассовый чек, квитанция, рецепт и пр.), подтверждающих факт оказания и оплаты медицинских и иных услуг в рамках программы ДМС и страховой суммы.

До оплаты счета за фактически оказанные услуги Страховщик проводит экспертизу выставленных счетов/оригинальных документов на их соответствие выбранным Программам ДМС, утвержденным прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий Страховщик осуществляет оплату счетов.

11.5. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные после окончания срока действия Договора.

11.6. Если обязательства Страховщика перед Страхователем по страховому случаю, произошедшему в период действия Договора, но не закончившемуся до окончания срока действия Договора, не выполнены в полном объеме, Страховщик финансирует медицинские и иные услуги до окончания страхового случая.

12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. Ответственность Страховщика:

12.1.1. в случае необоснованного отказа медицинского учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных условиями Договора страхования, неполного или некачественного оказания услуг, Страховщик на основании письменного заявления Застрахованного принимает меры, направленные на предоставление Застрахованному предусмотренных Договором страхования услуг в полном объеме. Обоснованность претензий Застрахованного определяется Страховщиком;

12.1.2. в случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного, Страховщик принимает возможные меры в соответствии с Законодательством Российской Федерации по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному;

12.1.3. во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений.

12.2. Ответственность Застрахованного (Страхователя):

12.2.1. в случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить поликлиническое обслуживание Застрахованного или выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в листке нетрудоспособности. При этом Страховщик оставляет за собой право приостановить выполнение своих обязательств либо расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного;

12.2.2. при необоснованном вызове Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям Страховщик вправе приостановить выполнение своих обязательств либо досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

12.2.2.1. вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

12.2.2.2. при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

12.2.2.3. вызов осуществлен не в медицинских целях;

12.2.2.4. вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при попытке самоубийства.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. По соглашению сторон в Договор могут быть внесены дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

13.2. Согласованные положения Договора имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

13.3. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации

13.4. Вся необходимая медицинская документация: листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и др. - выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему Законодательству Российской Федерации.

13.5. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

14. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

14.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров, при этом сторона считающая, что ее права нарушены, обязана направить уведомление о проведении переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Страховщика.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

1. Базовые страховые тарифы

При добровольном медицинском страховании используются базовые страховые тарифы, значения которых указаны в таблице №1. В этой таблице значения базовых страховых тарифов указаны в процентах от страховой суммы и соответствуют сроку действия Договора страхования продолжительностью один год.

Таблица №1

п/п	Вид медицинской помощи	Базовый страховой тариф (5 от страховой суммы)
.	«Личный врач»	36,90
.	«Амбулаторно- поликлиническая помощь»	76,59
.	«Скорая и неотложная помощь»	24,68
.	«Стационарная помощь»	39,63
.	«Стоматологическая помощь»	26,74
.	«Реабилитационное лечение»	14,10
.	«Ведение беременности»	84,77
.	«Родовспоможение»	90,49
0.	«Медикаментозное обеспечение взрослого и детского населения»	49,00

2. Поправочные коэффициенты, применяемые к базовым страховым тарифам

В зависимости от состояния здоровья, возраста, рода деятельности застрахованного лица, количества застрахованных, выбранного лечебного учреждения, предшествующего опыта страхования, дополнительных медицинских услуг, предусмотренных программой страхования, возможно применение к базовым страховым тарифам повышающих (от 1,01 до 7) и понижающих (от 0,001 до 0,99) коэффициентов.